

申込者連絡先 <small>(家族等代理の方の場合)</small>	氏名		続柄	
	〒 _____			
	住所:			
	電話番号	()		

施設記入欄	申込日	年月日	受付日	年月日
	受付番号		担当者名	
	法人名	社会福祉法人 悠人会		
	入所申込施設名	介護老人福祉施設 ベルライブ		

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本人の状況	(フリガナ)		性別		保険者(番号)							
	氏名		男女		被保険者番号							
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)	要介護度	1・2・3・4・5								
	要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	認定申請予定日	平成 年 月 日 ※未申請の方は記入してください								
	自宅住所	〒 _____		電話番号	()							
	現在の居所	自宅	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている <input type="checkbox"/> その他 ()									
		自宅以外	<input type="checkbox"/> 他の施設や病院等に入っている <input type="checkbox"/> その他 ()									
			施設・病院等の名称		所在地	〒 _____						
		入所又は入院期間	平成 年 月 日から	電話番号	()							
	入所申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ()										
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難											
	在宅介護継続期間	年 月	居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 有(下記についても記入してください) ・ <input type="checkbox"/> 無								
申込日前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月						
	訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月						
	通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日/月						
	短期入所療養介護	日/月	(その他に利用しているサービス等)									

